**予診票(小児科)**

記入年月日　　　年　　月　　日

フロンティアキッズ　定期健康診断用

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな | 生年月日　　　　　年　　　月　　　日(　　歳　　　か月) |
| 名前 | 性別　　男　　・　　女 |
| 何か気になる症状はありますか？また症状について医療機関に受診されていますか？ |
| お母さんのお仕事 | 　専業主婦　・　毎日勤務　・　パートタイマー　・　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| お子さんの人数 | 　　　　人　このお子さんは　　　　番目　　兄　　　人　弟　　　人　姉　　　人　妹　　　人 |
| 同居している人 | 　父 ・ 母 ・ 兄弟姉妹 ・ 祖父 ・ 祖母 ・その他(　　　　　　　　　　　　　) |
| 妊娠中の異常 | 　なし　　・　　あり　(どんな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 出産 | 　正常 　・　 異常　(どんな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 生まれた時 | 　体重　　　　　　　　　　ｇ　　　　身長　　　　　　　　　　ｃｍ |
| 新生児期の異常 | 　なし　　・　　あり　(どんな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 乳児期の栄養法 | 　母乳　・　混合　・　人口乳 |
| 離乳 | 　まだしていない　　　開始　　　　か月　　完了　　　　　か月 |
| 乳幼児期の発達 | 　首すわり　　　か月　　　おすわり　　　　か月　　つかまりだち　　　か月　ひとり歩き　　　か月　　　お話し　　　　歳　　　　か月頃 |
| これまでに受けた予防接種 | 　B型肝炎(　　回)　　ロタウィルス(　　回)　　ヒブ(　　回)　肺炎球菌(　　回)　　BCG(　　回)　四種混合(　　回)(三種　　回・ポリオ　　回)　MR(麻疹、風疹)(　　回)　おたふくかぜ(　　回)　水痘(　　回)　日本脳炎(　　回)　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| どんな病気にかかりましたか？ | 　はしか ・ おたふくかぜ ・ 水ぼうそう ・ 風疹 ・ 百日咳 ・ 川崎病 ・ 溶連菌感染症その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 手術を受けたことは | 　ない　・　ある　(何の手術　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| ひきつけを起こしたことはありますか？ | 　ない　・　ある　(どんな時に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)　　　　　　　　　　　　　　　　　歳頃　　　　　　　　　回くらい |
| 薬を飲んで発疹や下痢が出たことはありますか？ | 　ない　・　ある　(何の薬で　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 食べ物のアレルギー | 　ない　・　ある　(　牛乳　・　卵　・　その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 家族に喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・蕁麻疹　などの人はいますか？　　　　いない　　・　　いる　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 現在の体重　　　　　　　　ｋｇ | 　現在の身長　　　　　　　　ｃｍ | 　 |
| その他、特に心配なことがあればお書きください。 |
|
|
|
|